

仙台市産後ケア事業利用状況確認票

フリガナ					生年月日	年 月 日
母の氏名						(満 歳)
（申請時と追加利用者情報がある場合記載）	フリガナ		性別	何子目	生年月日	在胎週数 出生時体重
	児の氏名				年 月 日	週 g
	フリガナ		性別	何子目	生年月日	在胎週数 出生時体重
	児の氏名				年 月 日	週 g
	出産医療機関名					
	住所	仙台市 区				
	電話番号	(自宅)		(携帯)		
	連絡の取れやすい時間帯					
緊急連絡先	氏名： 続柄（ ） 電話番号：					
特に利用を希望する内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> お母さんの体調管理や産後の生活についての相談・指導（休息の希望含む） <input type="checkbox"/> 乳房のケア、母乳育児についての相談 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導（沐浴・授乳等） <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達の確認と相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型		<input type="checkbox"/> デイサービス型		<input type="checkbox"/> 訪問型	
施設希望	第1希望			<input type="checkbox"/> 相談型（2時間まで） <input type="checkbox"/> リフレッシュ型（4時間まで）		
	第2希望			訪問希望助産師		
利用希望日					午前 ・ 午後	
母子の体調	母の体調 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不調（ ）		治療の有無		無・有	
	児の体調 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不調（ ）		治療の有無		無・有	
	※咳やくしゃみ、発熱等感染症症状の有無について					
	母：無・有					
	児：無・有					
訪問型を希望する場合	自宅敷地内の駐車場		無・有		近隣の有料駐車場等	
特記事項等						

連絡受理日 年 月 日 受付担当者（ ）

※区役所・総合支所記入欄

利用について	承認	・	不承認	事業者への連絡	済	・	未	決定通知送付日	年	月
調整担当者（ ）										